参考　＜様式　更7＞

自立支援医療（更生医療）　現況届

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | M.T.S.H　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所 |  |
| 治療見込み期間 | 入院　　　ヶ月　　　　通院　　　ヶ月 |
| 医療費概算（食費を除く） |  |

上記の者について、平成　　年　　月　　日付自立支援医療（更生医療）意見書に記載した現症及び治療方針に変更はありません。なお、医療費の概算は別紙のとおりです。

令和　　年　　月　　日

　　　指定医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　（指定医療機関届出）

印

　　大阪府障がい者自立相談支援センター（H28.5.1）